VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2016.

Crisis de refugiados: un análisis de las concepciones presentes en los estudios sobre la salud mental de las personas refugiadas y solicitantes de asilo.

Quercetti, Florencia y Ventosa, Nicolas.

Cita:

Quercetti, Florencia y Ventosa, Nicolas (2016). *Crisis de refugiados: un análisis de las concepciones presentes en los estudios sobre la salud mental de las personas refugiadas y solicitantes de asilo. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-044/280

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/eATh/fOD

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

CRISIS DE REFUGIADOS: UN ANÁLISIS DE LAS CONCEPCIONES PRESENTES EN LOS ESTUDIOS SOBRE LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS REFUGIADAS Y SOLICITANTES DE ASILO

Quercetti, Florencia; Ventosa, Nicolas
UBACyT, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN
Se realizó un breve análisis de las concepciones de Salud Mental en estudios académicos y científicos sobre la temática de refugiados, que se encontraban en distintas bases de datos sobre publicaciones afines al tema. Los resultados fueron analizados desde el marco teórico del movimiento de Medicina Social /Salud Colectiva para visibilizar de qué manera se concibe el sufrimiento de refugiados y solicitantes de asilo. Encontrando en casi la totalidad de estos estudios una mirada patologizante sobre las vivencias y padecimientos sufridos por millones de personas en su proceso migratorio hacia territorios seguros para sí mismos y sus familias. Se concluyó que se excluye de manera categórica la dimensión subjetiva del proceso de salud-enfermedad-cuidado de los refugiados, lo que acarrea serias consecuencias para la necesaria planificación, diseño e implementación de políticas que garanticen el derecho a la salud mental por parte de los estados de acogida.

Palabras clave
Derecho a la salud mental, Derechos humanos, Crisis de refugiados, Padecimiento subjetivo

ABSTRACT
REFUGEE CRISIS: AN ANALYSIS OF THE CONCEPTIONS IMPLICIT IN STUDIES ABOUT THE MENTAL HEALTH OF REFUGEES AND ASYLUM SEEKERS
A brief analysis was held about the conceptions of Mental Health implicit in several academic and scientific studies about the refugee crisis, which were founded in different databases of publications related to this topic. Results were analyzed from the Social Medicine / Collective Health movement's theoretical framework to visualize how the suffering of refugees and asylum seekers is conceived. In almost all of these studies a pathologizing perspective was found on the experiences and sufferings endured by millions of people in their immigration process to safe territory for themselves and their families. It was concluded the categorical exclusion of the subjective dimension of refugees from the health-illness care process. This has serious consequences on the necessary planning, design and implementation of policies that guarantee the right to mental health by the host states.

Key words
Mental Health Right, Human Rights, Refugee crisis, Subjective suffering

Introducción
El presente se enmarca en el proyecto de investigación Proyecto UBACyT 20020130100543BA, y aborda una temática que articula el campo de la Salud Global y el subcampo de la Salud Mental, desde una perspectiva de derechos humanos, conforme al Derecho Internacional de los Derechos Humanos. Desde el desencadenamiento de la guerra en Afganistán e Irak como respuesta de los Estados Unidos a los atentados del 11 de Septiembre de 2001 y la caída de las Torres Gemelas, se viene acentuando el lento pero forzoso desplazamiento de millones de personas provenientes del Medio Oriente en busca de protección y seguridad. A estos acontecimientos se fueron sumando conflictos bélicos nacionales e internacionales que afectarían, durante más de una década, a un número sin precedentes de adultos y niños provenientes de Medio Oriente, África y Asia Central. Actualmente, millones de refugiados y solicitantes de asilo en movimiento se están dirigiendo a los países europeos en busca de seguridad, protección y estabilidad para sus familias. El paso de Indomeni y las islas del Egeo son algunos de los principales focos de emergencia. Niños, mujeres y hombres atraviesan el mar Mediterráneo en condiciones de extrema precariedad, afrontando la situación de poner en riesgo su vida.
La cifra de personas refugiadas en el mundo ha ido incrementándose notablemente en los últimos años, sobre todo desde el 2014, y se acentuó críticamente durante el 2015, generando un desborde de los países hospedantes en su capacidad de respuesta humanitaria. Sin lugar a dudas, estamos presenciando una verdadera crisis migratoria e humanitaria de escalas globales. La asistencia humanitaria disponible en las regiones de emergencia, aunque insuficiente, ha estado a cargo de ONG´s y Organismos Internacionales. Tales esfuerzos se han concentrando en salvaguardar la vida de las personas, en su asistencia médica, y en la provisión de ropa, alimentos, abrigo, medicamento, y otros recursos para la supervivencia. En este contexto se observa un importante vacío en el abordaje de la salud mental de refugiados y solicitantes de asilo, que ya está siendo alertado desde distintos ámbitos políticos, académicos y medios de comunicación. Ahora bien, las necesidades de abordaje de la salud mental no se agotan en la actual situación de emergencia. Según datos de la Agencia de la Organización de las Naciones Unidas para los refugiados (ACNUR) en los próximos tres años serán necesarias 450.000 plazas más de reasentamiento. Ello implica la necesidad de diseñar e implementar políticas de salud mental en vistas a integrar a las personas que requieran asistencia, a los sistemas de salud de los países de acogida.
En vistas a tales necesidades, el objetivo del presente trabajo es el de realizar una análisis de los modos de conceptualizar la salud mental de los refugiados y solicitantes de asilo en los estudios aca-

démicos dedicados a la problemática, entendiendo que ello tendría necesariamente efectos en el diseño de políticas y planificaciones en salud mental. El marco teórico de referencia incluye autores y desarrollos del movimiento de Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericanos, que al analizar críticamente las concepciones hegemónicas, concibe a la salud mental de forma integral como un proceso complejo con múltiples atravesamientos sociales, biológicos, históricos y psicológicos (Laurell, 1981); enfatizando su carácter político, histórico y de construcción colectiva (Stolkiner y Ardila, 2012). Desde esta conceptualización, la salud es entendida como un proceso de salud-enfermedad-cuidado, por lo que la salud y la enfermedad no pueden considerarse estados antagónicos. Así mismo nos serviremos del concepto de "padecimiento subjetivo", que se contrapone a la categoría de enfermedad mental/trastorno mental e intenta recuperar tanto la dimensión subjetiva como las condiciones sociales y culturales del sufrimiento psíquico (Ausburguer, 2002). Derecho al asilo y Derecho a la Salud Mental Para que una persona solicitante de asilo pueda acceder al sistema de derechos provisto por la normativa internacional, y por ende ser un sujeto de derecho pasible de atención en salud, debe completar una serie de características. Refugiado es una categoría jurídica que puede otorgarse a personas que se ven obligadas a salir de su país por temor a ser perseguidas por su raza, religión, nacionalidad y/o opinión política u otras razones, lo que incluye también a quienes huyen de conflictos armados o situaciones de violencia generalizada. Sus derechos se encuentran regulados por la Convención sobre el estatuto de los Refugiados (ONU, 1951) y su Protocolo Adicional. Mediante tales normativas los estados se comprometen a garantizar mecanismos de protección, asistencia y derechos sociales a los refugiados. Rige además el "principio de no devolución" según el cual las personas no pueden ser conducidas a su país de origen mientras perduren las condiciones causantes de la migración. A consideración de que se trata de personas que han sido expuestas a diversas formas de padecimiento, rige el derecho a la salud mental consagrado por numerosos normativas internacionales (Quercetti, Parenti, 2015).

Estudios sobre la Salud Mental de las personas refugiadas y solicitantes de asilo.

El diseño y planificación de políticas públicas debe estar fundamentado en estudios de rigurosidad científica bajo normas de aceptación internacional. En el diseño de programas y servicios de salud es imprescindible planificar a partir de datos epidemiológicos, en vistas a dar respuesta a las necesidades reales de salud de las poblaciones destinatarias. En tal sentido, y en lo que respecta la población de refugiados y solicitantes de asilo en el contexto de la actual crisis migratoria, resulta de interés realizar un análisis de las concepciones de salud mental presentes en estudios científicos dedicado a la temática, poniendo especial énfasis en el modo en que se nominan sus padecimientos.

De la revisión bibliográfica de artículos publicados en los últimos años en revistas académicas, se observa una marcada tendencia a concebir la salud mental en términos prevalentemente psicopatológicos, destacándose el "riesgo" como indicador de diferentes trastornos mentales: Trastorno por Estrés Postraumático, Depresión, Trastorno de Ansiedad y Psicosis. El artículo "Migración de refugiados y riesgo de esquizofrenia y otros psicosis no-afectivas." concluye basándose a nivel epidemiológico en la noción de "riesgo", que: las personas con estatus de refugiados tienen tres veces más probabilidades de sufrir un Trastorno Psicótico no-afectivo que otras personas nacidas en Suecia, y dos veces más que los migrantes sin categoría de refugiados (Hollander, Dal, Lewis, Magnusson, Kirkbride y Dalman, 2016). Los datos habían sido recogidos del sistema nacional de salud sueco, computando sólo aquellos casos con diagnóstico de Trastorno Psicótico no-afectivo según el CIE-10. De modo que una clasificación originalmente diseñada para el diagnóstico psiquiátrico individual, se aplica luego a la medición de un fenómeno colectivo. Se observa una mirada centrada en la enfermedad que deja por fuera otros determinantes implicados en el proceso de salud- enfermedad- cuidado. Sin ir más lejos, los autores mencionan pero sin incluirlas en el estudio, posibles causas que hacen al alto índice de riesgo epidemiológico: "...determinantes sociales de la salud, incluyendo la exposición recurrente y severa a adversidades psicosociales como traumas, abusos, vulnerabilidad socioeconómica, discriminación, y aislamiento social" (Op.Cit, pp 1). Y añaden, "Si este es el caso, las personas otorgadas con estatus de refugiado podrían ser particularmente vulnerables a la psicosis..."(OpCit, pp 1).

En definitiva los determinantes sociales de la salud mental permanecen opacados (Ausburguer, 2002) y/o presentadas como probables por falta de fuentes de estudio; mientras que el "riesgo de psicosis" es efectivamente afirmado. Otros estudios publicados en 2016 aplicaron cuestionarios que miden ansiedad y depresión para concluir el alto grado de morbilidad y comorbilidad sobre la población de solicitantes de asilo (Führer, Eichner y Stang, 2016), y afirman que: "convertirse en refugiado es un potente factor de riesgo para los indicadores de los trastornos psicológicos como la depresión, el estrés generalizado, y trastorno por estrés postraumático (TEPT)" (Weinstein, Khabbaz y Legate, 2016, pp 1). Dado que las mediciones mismas se realizaron desde la categoría de trastorno mental, queda excluida la dimensión subjetiva de quien padece: por ejemplo: "la percepción subjetiva del sufrimiento, el grado de autonomía, la existencia de necesidades subjetivas, las vicisitudes y las experiencias de vida..." (Ausburguer, 2002, pág.63). También se invisibilizan las condiciones históricas y culturales del padecimiento. Se observa que el estatus de "refugiado", se asocia directamente a la morbilidad, como si una vez otorgada tal categoría jurídica las personas pasaran "mágicamente" a "ser" población de riesgo. Tal efecto de ontologización es característico de las miradas "clínico-psiquiátricas" con pretensión de objetivismo, y es un riesgo inherente a la intervención de las técnicas y sistemas de salud (Galende, 1990). El derivado directo de esta concepción sería que se planeen –en el mejor de los casos—asistencias individuales medicalizantes en lugar de acciones integrales que contemplen dimensiones grupales y colectivas de ayuda y autoayuda. También es habitual en estudios basadas en taxonomías de trastornos (Spille, Schick, Schnyder, Bryant, Nickerson y Morina, 2016), (Böttche, Heeke y Knaevelsrud, 2016) el hecho de que se reconozcan otros factores determinantes ligados a la migración, pero que no se las considere plausibles de estudio: "...es altamente debatible ya que las relaciones entre eventos traumáticos, migración y los resultados en la salud mental son complejos y poco entendidos" (Kartal y Kiropoulos, 2016, pp 1).

En contraposición a la perspectiva hegemónica existen, aunque residualmente, otros estudios que al evaluar la salud mental de personas refugiadas, lo hacen desde concepciones más integrales. Tal es el caso del estudio realizado por los integrantes del Centro para las Víctimas de la Tortura (CVT) en Jordania en el que se describen formas de padecimiento como: vivencias de "persistente temor, ira, falta de interés en actividades, desesperanza y problemas con el funcionamiento básico" (James, Sovcik, Garoff y Abbasi, 2014, pp. 42). Además entre los adultos la preocupación por el bienestar y

futuro de sus hijos, y entre los niños y adolescentes la angustia derivada de las situaciones de guerra y al desplazamiento.
La consideración de los padecimientos auto-percibidos desde la perspectiva de quien los sufre, habilitaría intervenciones no ya medicalizante desde un saber absoluto y objetivante, sino alojantes en la garantía del derecho a la salud mental. Otro artículo publicado en la revista The Lancet ("Salud Mental en la crisis Siria: más allá del alivio inmediato") denuncia la inexistencia de esfuerzos a largo plazo para la recuperación y prevención de traumas. Señala que actualmente todos los esfuerzos ubicados en salud mental están relacionados con entrenamiento de staff, alivio inmediato y derivaciones a los sistemas de salud. Su propuesta es promover enfoques "basados en la comunidad y culturalmente sensibles".
Coincidiendo con la perspectiva de salud mental comunitaria, el eje central de la atención y rehabilitación se centra en preservar y recuperar el lazo social allí donde la guerra y la violencia ha destruido casi todas las capacidades de relacionarse con los otros (Galende y Ardila, 2011). Si bien el estudio también parte del Trastorno por Estrés Postraumático, propone estrategias dirigidas más allá de la atención de frontera: la preservación de los vínculos comunitarios, familiares y sociales de los refugiados, y su rehabilitación a favor de la integración social en el nuevo entorno.

Consideraciones sobre las concepciones de salud
El concepto de padecimiento subjetivo en reemplazo de la tradicional categoría de enfermedad mental ligada al pensamiento médico hegemónico (Menéndez, 2003), recupera la historicidad y el carácter social del proceso salud- enfermedad- cuidado, en tanto entiende que ésta última reduce a una sola dimensión el sufrimiento y lo desliga del proceso que le dió origen (Ausburguer, 2002). Para el caso de las personas refugiados y solicitantes de asilo, que tienen de por sí vulnerados la totalidad de sus derechos sociales, ello podría resultar en una doble estigmatización. Reduciendo la complejidad de la problemática al reconocimiento de síntomas y al diagnóstico clasificatorio, quedan invisibilizados los determinantes sociales dados por las severas condiciones de adversidad de las que han sido víctimas en sus lugares de origen, y de las que son víctimas en la actualidad por la ausencia de una respuesta efectiva a la situación de crisis.
Resulta innegable la necesidad de considerar tales determinantes para la garantía de su derecho a la salud mental. Emiliano Galende refiere que es función de los programadores de salud reconocer la complejidad social en la que los efectos sufrientes se producen. Pasar de "...la consideración de un sujeto enfermo y de un trabajo terapéutico sobre el individuo a un reconocimiento de la dimensión colectiva del problema y una intervención sobre los conjuntos sociales" (Galende, 1990, pág.196). Para ello sería preciso la existencia de estudios que incluyan además del "riesgo a enfermar", los posibles factores de protección, desde una concepción de sujeto deseante y potente en la reapropiación de la vida, y con capacidad de producir innovación (Negri, 1992, pág. 36). En el mismo sentido, y en particular respecto al cuadro de "Trastorno por estrés postraumático" tradicionalmente ligado a la situación de las personas refugiadas, Alicia Stolkiner menciona la tendencia a la subordinación política del sentido de un padecimiento a una nosografía única, en la que quedan ausentes tanto las condiciones sociales del "enfermar" como los sentidos singulares con los que cada sujeto liga lo traumático (2013), es decir la subjetividad.
Desde la teoría psicoanalítica las formulaciones freudianas sobre las Neurosis traumáticas, tenían la pretensión de superar la objetivación que opera al ligar síntoma y significado en una nomenclatura y rescatar la función significante y su lugar para la interrogación (Ausburguer, 2003). Toda vez que un diagnóstico produzca un efecto de "etiquetamiento" está en juego un modo de objetivación. Existe un doble riesgo: el dejar por fuera formas de padecimientos no catalogables como patologías, y/o patologización el padecimiento con la consecuente estigmatización particularmente significativa en el campo de la salud mental. La objetivación se produce en el abordaje medicalizante por un triple movimiento: "individualizar el proceso de salud-enfermedad-cuidado, reducir el padecimiento psíquico a la psicopatología, y ontologizar luego el cuadro psicopatológico" (Stolkiner, 2013, 234). O sea cuando el dolor o padecimiento de las personas queda, diagnóstico mediante, definiendo algo del "ser", la propia existencia. Tales concepciones se corresponden con el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2003), es decir, con formas discursivas hegemónicas del pensamiento moderno occidental.
El proceso de medicalización implica un dispositivo de normalización y control de los cuerpos y las vidas, en la articulación entre la medicina y el poder. (Foucault, 1977). Por lo antedicho, resulta pertinente someter a análisis las afirmaciones sobre "riesgo de psicosis" una vez otorgado el estatuto jurídico.
Se advierte sobre las consecuencias de que un constructo perteneciente al diagnóstico poblacional, opere en procedimiento diseñados para el diagnóstico y tratamiento clínico singular (Stolkiner, 2013). La probabilidad de ocurrencia de una enfermedad no puede establecer el diagnóstico o pronóstico de individuos en particular, ya que el concepto de riesgo se refiere exclusivamente al grupo como un todo (Almeida Filho, 2008). Particularmente el "riesgo de psicosis", es una de las nuevas incorporaciones de la versión V del DSM que en la actualidad está en discusión por las fuertes críticas que ha desencadenado. Entre ellas, se alerta sobre el riesgo de psicopatologización, que permitiría abordajes medicalizantes sobre signos detectados en función de una mera probabilidad. Este es precisamente uno de los peligros en que muchos profesionales de la salud mental pueden incurrir, dada la importante adhesión del sector "psi" a las versiones del DSM, cuando no se ejerce una crítica concienzuda de sus postulados. Conclusiones Resulta innegable que las personas refugiadas y solicitantes de asilo se encuentran en situación real de vulnerabilidad física, psíquica y/o jurídica; pero que ésta se traduzca necesariamente en riesgo de contraer una enfermedad mental, conduce a un incremento del padecimiento que acarrean los sujetos en su historia vital. Dicho en otros términos, la vulnerabilidad en razón de su condición simbólica de refugiado, no debiera indicar necesariamente una condición imaginaria de enfermedad mental.
La conceptualización y abordaje de la salud mental de la población de personas solicitantes de asilo y refugiadas muestra particularmente la tensión indialectizable entre objetivación y subjetivación característica de las sociedades actuales (Stolkiner, 2013). Mientras que el otorgamiento del estatus jurídico de refugiado en el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho se ubicaría en el polo de la subjetivación, su incorporación en los sistemas de salud puede operar objetivando toda vez que las intervenciones partan sin cuestionamiento de la afirmación del riesgo de enfermedad mental.
Dado que las prácticas de salud se encuentran en el centro de esta paradoja, es indispensable un quehacer reflexivo que le devuelva al acto de salud su dimensión ética, en el reconocimiento de la dignidad humana como condición inalienable. Sin olvidar que la realidad de quien sufre no es ubicable en parámetros fijos, y escapa a toda intencionalidad y rigurosidad científica. Los estudios sobre las condiciones de salud mental pueden ser una he-

rramienta útil para el diseño de estrategias de intervención. Ahora bien, el abordaje del sufrimiento humano que resulta de la ruptura traumática en las coordenadas simbólicas, imaginarias y reales de los refugiados, debe necesariamente basarse en "comprender la experiencia del malestar de los inmigrantes, devolviéndoles la dignidad sin patologizar la diferencia y sin negar el sufrimiento" (Knobloch, 2014, 173). Así, los agentes de salud mental, deberán diseñar estrategias de intervención acordes a una perspectiva de salud integral en el marco de los derechos humanos fundamentales, evitando agregar estigmatizaciones y formas de violencia, al complejo proceso de migración que están sufriendo millones de personas alrededor del mundo.

BIBLIOGRAFÍA

De Almeida-Filho, N. y Silva Paim, J. (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de Salud Colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico-Sociales, 75:5-30.

Ardila, S. y Galende, E. (2011) El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. Salud Mental y Comunidad, 1 (1): 39-50.

Ausburguer, C. (2002) De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento como categoría clave. Cuadernos Médico Sociales, 81: 67-75.

Ausburguer, C. (2004) La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. Psicologia&Sociedade; 16 (2): 71-80.

Böttche, M., Heeke C. y Knaevelsrud C. (2016) Sequential traumatization, trauma-related disorders and psychotherapeutic approaches in war-traumatized adult refugees and asylum seekers in Germany. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59 (5): 621-626.

Foucault, M. (1977): La vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta

Führer, A., Eichner, F. y Stang, A. (2016) Morbidity of asylum seekers in a medium-sized German city. EuropeanJournal of Epidemiology online: pp 1-4

Galende, E. (1990) Los movimientos de Psiquiatría Institucional (Cap. 4), en "Psicoanálisis y Salud Mental" (pp. 139-230). Buenos Aires: Paidos.

Hollander, A.C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J.B., Dale, H. y Dalman C. (2016) Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. British Medical Journal, 352:i1030.

James, L., Sovcik, A., Garoff F. y Abbasi, R.(2014) La salud mental de los niños y adolescentes sirios refugiados. En La Crisis Siria, desplazamiento y protección. Revista de Migraciones Forzadas, N° 47, pp. 42-44.

Jefee-Bahloul, H., Barkil-Oteo, A., Pless-Mulloli, T. y Foua, F.M. (2015)Mental health in the Syrian crisis: beyond immediate relief. The Lancet, Vol. 386, No. 10003:1531, 17.

Kartal, D. y Kiropoulos L. (2016) Effects of acculturative stress on PTSD, depressive, and anxiety symptoms among refugees resettled in Australia and Austria. European Journal of Psychotraumatology, 7: 28711.

Knobloch, F. (2015) Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. Psicol. USP, vol.26 no.2, pp. 169-174.

Laurell, A.C. (1981) La Salud enfermedad como Proceso Social. Revista Latinoamericana de Salud, 2(1[8]).

Negri, T. (1992) Fin de Siglo. Barcelona: Ed. Paidos.

Menéndez, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia &Saúde Colectiva, 8(1): 185-207.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) Convención sobre el estatuto de los refugiados. Ginebra, 1951.

Spiller, T.R., Schick, M., Schnyder, U., Bryant, R.A., Nickerson, A. y Morina N. (2016) Somatisation and anger are associated with symptom severity of posttraumatic stress disorder in severely traumatised refugees and asylum seekers. SwissMedWkly. 146:w14311 doi:10.4414/smw

Stolkiner, A. (2010) Derechos Humanos y Derecho a la Salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. Medicina Social, 5(1): 89-95.

Stolkiner, A (2010) Las formas de transitar la adolescencia hoy y la salud/salud mental: actores y escenarios. Novedades Educativas, 25 (269), I: 40-45.

Stolkiner, A. (2013) Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En Lerner, H. (comp.) Los sufrimientos. 10 Psicoanalistas. 10 Enfoques. (pp. 211-239) Buenos Aires: Ed. Psicolibro.

Quercetti, F. yParenti, M. (2015) Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: Convergencias y divergencias respecto a las normativas internacionales y regionales en materia de Salud Mental y Derechos Humanos". XXII Jornadas de Investigación y Decimoprimer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Extraído dehttp://www.aacademica.org/000-015/621.

Weinstein, N., Khabbaz, F. y Legate, N.(2016) Enhancing Need Satisfaction to Reduce Psychological Distress in Syrian Refugees. Journal of Consulting and Clinical Psychology.